

DOSSIER CONFIDENTIEL

Langue d'enseignement : Français

114501

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève

Prénom de l'élève

Autre(s) prénom(s)

Code permanent (obligatoire)

Date de naissance

Sexe

M

F

Pays de naissance de l'élève

Ville de naissance de l'élève

Répondant pédagogique

Code du répondant pédagogique

1. Père et mère (nom de fille)

2. Père

3. Mère (nom de fille)

4. Tuteur

5. Élève (18 ans et plus)

6. Autre

INFORMATIONS SUR LE PÈRE

Nom de famille du père

Prénom du père

Tél. du père (maison)

Tél. cellulaire

Date de naissance

Lieu de naissance (Ville)

Tél. du père (travail)

Poste

Adresse courriel

Adresse complète

INFORMATIONS SUR LA MÈRE

Nom de famille de la mère

Prénom de la mère

Tél. de la mère (maison)

Tél. cellulaire

Date de naissance

Lieu de naissance(Ville)

Tél. de la mère (travail)

Poste

Adresse courriel

Où avez-vous entendu parler des cours d'été ?

Site internet Mon école Journal (lequel) ? _____ Autres _____

Carte d'assurance-maladie (les élèves doivent toujours avoir leur carte d'assurance-maladie en leur possession).

Numéro de carte d'assurance-maladie (obligatoire)

Date d'expiration (obligatoire)

	Année : _____ Mois : _____
--	----------------------------

Contact en cas d'urgence (en cas d'impossibilité à joindre les parents ou le répondant, désigner **UNE** personne à contacter).

Prénom, nom de famille et lien de parenté

Téléphone

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	()
--	--------

DOSSIER MÉDICAL (veuillez SVP y porter une attention particulière.)

Votre enfant souffre de :	Prend des médicaments	Spécifier les médicaments (s'il y a lieu)
Épilepsie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cœur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spécifiez les allergies:		ÉpiPen ou Twinject <input type="checkbox"/>
Troubles auditifs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles visuels <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap physique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de comportement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (spécifier)		

Choix de cours (Nom et code du cours)

Cours 1	Frais de cours	Frais d'inscription	Total
Cours 2	Frais de cours	50 \$	

Signature des parents

Je confirme l'inscription de mon enfant au(x) cours indiqué(s) ci-haut. J'ai également pris connaissance des modalités de paiement, des règles de vie du Collège Jean-Eudes ainsi que des informations importantes (voir feuille ci-jointe).

Signature : _____

Date : _____

Ne pas oublier de nous faire parvenir les documents accompagnés du formulaire d'inscription :

- 1) une copie du bulletin le plus récent de l'année courante ;
- 2) l'**original** du certificat de naissance émis par la direction de l'état civil et, s'il y a lieu, l'**original** du certificat de changement de nom ;
- 3) l'**original** pour un élève né ailleurs qu'au Canada : l'**original** des preuves de citoyenneté canadienne (recto et verso) ou l'**original** des Cartes de résident permanent (recto et verso) pour l'enfant et pour chacun des parents ;
- 4) le paiement de vos frais d'inscription de 50 \$, non remboursables, ainsi qu'un chèque représentant le coût de la session selon le(s) cours choisi(s), émis à l'ordre du Collège Jean-Eudes et daté du **12 juillet 2010 au plus tard**.

Les documents originaux vous seront retournés par la poste. Si vous vous présentez au Collège, vos documents vous seront remis sur place.

Veuillez prendre note que la réception du Collège est ouverte de 8h00 à 16h00.

Seuls les dossiers complets seront traités